

(redatto dal rappresentante legale e su carta intestata dell'Ente gestore titolare della struttura)

Nomina ed assunzione di incarico di DIRETTORE/RESPONSABILE SANITARIO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Legale Rappresentante dell'Ente _____

cod.fisc. _____ p.I.V.A. _____

sede legale in _____ via/pz _____

PEC _____ e-mail _____

per la struttura **Ambulatorio Specialistico /Odontostomatologia Monospecialistica (O.M.) (1)**

denominata _____

sita nel Comune di _____ via/pz _____

tel. _____ codice (ASAN) _____, **nomina Direttore/Responsabile (1) Sanitario**
per

le specialità/i servizi medici i servizi odontoiatrici (Legge n.124 del 04/08/2017)

la struttura in attività Odontostomatologica Monospecialistica (c.d. A.O.M.)

a partire dal giorno _____ **il dr.** _____

nato a _____ il _____

C.F. _____ P.IVA _____

residente a _____ via/piazza _____

domiciliato a _____ via/piazza _____

e-mail _____ PEC _____

tel. _____ iscritto all'Ordine della Provincia di _____

all'Albo: dei Medici Chirurghi n. _____ degli Odontoiatri n. _____

il quale **sottoscrive l'accettazione e assume la responsabilità dell'incarico.**

Il Legale Rappresentante _____ Data _____

Il Direttore/Responsabile (1) _____
Sanitario _____ (1) deppennare il caso che non interessa